

VS_GERICHTE S2 23 34 vom 24. April 2025

VS Kantonsgericht, 2025-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 23 34](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_34)

FR: VS_GERICHTE S2 23 34 du 24 avril 2025

IT: VS_GERICHTE S2 23 34 del 24 aprile 2025

Regeste

S2 23 34 ARRÊT DU 24 AVRIL 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Maître Basile Couchepin, avocat, Martigny contre BÂLOISE ASSURANCES SA, intimée, représentée par Maître Michel D'Alessandri, avocat, Genève (art. 6 al. 1 LAA, art. 52 al. 4 LPGa ; causalité, traumatisme cervical, retrait de l'effet suspensif du recours)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Posté le 6 avril 2023, le présent recours contre la décision sur opposition du 8 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGa) devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGa ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGa), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

- 11 -

E. 2.1

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'intimée n'a pris en charge le présent cas d'accident que par le remboursement des frais médicaux jusqu'au 31 octobre 2021. Si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Il peut être renvoyé à l'exposé correct, dans la décision entreprise, de la jurisprudence relative à la causalité naturelle et adéquate entre un événement accidentel et une affection physique, ainsi qu'à celle portant sur les aspects de preuve en matière d'assurances sociales, notamment concernant un rapport médical. De plus, comme rappelé par l'intimée dans sa réponse au recours, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid 2b/bb, RAMA 1999 no U 341 p. 408 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). D'autre part, selon la jurisprudence, dans le cas où le rapport de causalité avec l'accident est établi, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. Toutefois, de même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des

prestations, il suffit que la disparition du caractère causal de l'accident, eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré, soit établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 45 consid. 2) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par l'établissement de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du

- 12 - Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 et les références ainsi que U 87/04 du 31 mars 2005 consid. 3). Aux termes des développements traitant de l'appréciation des preuves dans l'arrêt paru aux ATF 135 V 465, même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA (...). Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité (...). Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (consid. 4.4) (...). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (consid. 4.5) (...). Cependant, afin que la personne assurée dispose d'une chance raisonnable de soumettre son cas au tribunal sans être manifestement désavantagée vis-à-vis de l'assureur et s'il subsiste un doute tel que mentionné plus haut, il ne peut être procédé à une appréciation concluante sur la base, d'une part, des rapports produits par la personne assurée et, d'autre part, de ceux émanant des médecins internes à l'assurance. Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPGA (consid. 4.6). La jurisprudence de principe applicable en matière de troubles d'ordre psychique et/ou de plaintes fonctionnelles démontrables qui se manifestent après un accident ayant entraîné une distorsion cervicale par mécanisme de « coup du lapin », une blessure

- 13 - équivalente à un tel mécanisme ou un traumatisme crânio-cérébral exige d'examiner s'il existe des troubles appartenant au tableau clinique typique d'un tel traumatisme, soit : des maux de tête diffus, des vertiges, des troubles de la concentration et de la mémoire, des nausées, une fatigabilité accrue, des troubles visuels, de l'irritabilité, de l'instabilité émotionnelle, un état dépressif, une altération du caractère, etc... (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 117 V 369 consid. 4b et ATF 117 V 359 consi. 4b).

E. 2.2

En l'espèce tout d'abord, il convient de relever que malgré l'annonce tardive à l'assurance, le 19 mai 2022, de l'accident du 1er juillet 2021 par l'employeur de l'assurée (pièce 11), l'intimée a pris note des raisons de ce retard, qui lui ont été communiquées les 31 mai et 28 septembre 2022 (pièces 18 et 26), et admis l'existence de cet événement accidentel. Elle n'a pas non plus contesté le fait que l'accident en question avait consisté en une chute en arrière sur le dos à un moment où la recourante avait les bras chargés, et que celle-ci avait alors subi une entorse cervicale, retenue en tant que diagnostic provisoire par la Dresse F _____ dans le certificat médical LAA du 19 mai 2022 (pièce 12), puis confirmée dans le courrier de cette même praticienne, daté du 13 janvier 2023. Comme pertinemment invoqué par la recourante dans son écriture du 11 septembre 2023, il s'agissait donc bien là d'un traumatisme de type « coup du lapin » dont les séquelles sont en effet, d'après l'expérience médicale en la matière reprise par la jurisprudence topique (voir sur ce point les arrêts de principe parus aux ATF 134 V 109 consid. 9 et 117 V 359 consid. 5d.aa), difficilement décelables à l'imagerie. Les circonstances de l'accident du 1er juillet 2021 sont d'ailleurs corroborées par les premières prescriptions et investigations médicales, à savoir un analgésique, un myorelaxant indiqué en cas de spasticité liée à des lésions cérébrospinales ainsi qu'un collier cervical souple ordonnés le 8 juillet 2021 par le Dr A _____ (pièces 1 et 2), puis une IRM du rachis cervical pratiquée le 11 août 2021 en raison d'une chute en arrière (pièce 3). Ces prescriptions ont été renouvelées par la suite, les 14 mars, 27 avril (pièces 5 à 7), 30 mai (pièces 13 et 14), 4 août (pièces 21 et 23) et 16 septembre 2022 (pièces 24 et 25), à la charge de l'assurance en tout cas à ces trois dernières dates. A suivre les arguments exposés dans la décision sur opposition du 8 mars 2023 (pièce 42) et la réponse du 16 mai suivant au recours, sur la base de l'avis probant du 23 décembre 2022 émis par son médecin-conseil en connaissance de toutes les pièces médicales disponibles (pièce 31), l'intimée a reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 1er juillet 2021 et les troubles de la colonne cervicale, mais seulement jusqu'à la date du 1er novembre 2021. Ni le certificat de la Dresse F _____ du 19 mai 2022 (pièce 12) ni aucun autre élément médical au dossier

- 14 - n'étaient suffisamment pertinents pour remettre en cause l'appréciation du Dr G _____. La mise en œuvre d'une expertise n'était ainsi pas nécessaire. Dans son opposition du 2 février 2023 et surtout ses écritures judiciaires des 19 juin et 11 septembre 2023, la recourante a, quant à elle, estimé que le rapport du médecin-conseil de l'assurance n'était pas convaincant. Elle en a déduit que l'intimée n'avait pas établi le caractère passager des atteintes invoquées et que celle-ci devait continuer à fournir ses prestations. De l'avis de la recourante, il y avait un doute sérieux sur l'origine des lésions subies et toujours présentes, lequel devait être écarté au moyen d'une expertise neutre. Contrairement à ce que l'intimée a soutenu en date du 16 mai 2023, les brèves réponses apportées le 23 décembre 2022 par le Dr G _____ sur le formulaire soumis par l'assurance (pièce 31) ne sont guère motivées et comportent des contradictions entre elles, de sorte qu'elles ne sauraient

être qualifiées de probantes ni emporter la conviction de la Cour. Aux termes de celles-ci, la relation de causalité entre l'atteinte à la santé invoquée et l'accident du 1er juillet 2021 était vraisemblable. Il n'y avait pas d'antécédent mentionné dans les éléments à disposition, sous forme d'états antérieurs maladifs préexistants ou d'autres circonstances étrangères à l'accident. Malgré cette affirmation que l'assurance a d'ailleurs reprise dans sa décision sur opposition (pièce 42), le Dr G _____ a étonnamment considéré que quatre mois après sa survenue, l'événement accidentel avait cessé de déployer ses effets délétères, que depuis le 1er novembre 2021, l'état de santé de l'assurée procédait de causes étrangères à celui-ci et que le statu quo sine était atteint à compter de cette dernière date. Comme rappelé d'autre part dans la réponse du 16 mai 2023 au recours, le médecin-conseil de l'assurance a retenu des cervicalgies et des lombalgies sous la rubrique des diagnostics. Il a ajouté que les IRM cervicales des 11 août 2021 (pièce 3) et 6 mai 2022 (pièce 9) n'avaient révélé que des signes discrets de hernie discale (pièce 31), alors qu'aucun de ces deux rapports d'imagerie ne mentionnait expressément cette affection. Dans ces circonstances, l'argumentation exposée par l'intimée, en date du 16 mai 2023, au sujet des conditions posées par la jurisprudence pour admettre l'origine accidentelle d'une hernie discale manque de pertinence. A suivre les développements figurant dans la détermination précitée, il semble en outre que le statu quo sine fixé par le Dr G _____ au 1er novembre 2021 concernait aussi les lombalgies susmentionnées. Un état antérieur n'était cependant pas visible à l'IRM lombo-sacrée du 9 mai 2022, dont les résultats étaient dans les limites de la norme (pièce 10).

- 15 - Le médecin-conseil de l'assurance a relevé en outre qu'il ne disposait pas d'informations sur l'incapacité de travail attestée jusqu'alors, laquelle ne semblait pas en rapport avec le traumatisme du rachis cervical. De manière contradictoire, il a néanmoins précisé à cet égard qu'une reprise ou une augmentation de la capacité de travail dans l'activité habituelle pouvait être escomptée selon le statu quo sine au 1er novembre 2021 (pièce 31). Or, une incapacité totale de travail dès le 13 août 2021 ressort de la feuille-accident LAA (pièce 17) et surtout du certificat médical LAA complété le 19 mai 2022 par la Dresse F _____ au sujet du diagnostic, non contesté par l'assurance comme mentionné plus haut, d'entorse cervicale subie par la patiente le 1er juillet 2021. Dans ce certificat, cette médecin a bien indiqué que les symptômes étaient dus à l'accident du 1er juillet 2021 (pièce 12). Il a aussi été mentionné dans la déclaration de sinistre selon la LAA du 19 mai 2022 (pièce 11) et les réponses données au questionnaire de l'assurance le 28 septembre suivant (pièce 26) que dans les suites de cet accident, le travail avait été interrompu le 13 août 2021 et que cette incapacité de travail fixée à 100% par la Dresse F _____ perdurait. Dans sa décision du 5 janvier 2023, l'intimée a repris la remarque susmentionnée du Dr G _____ concernant le manque d'informations relatives à l'origine de l'incapacité de travail depuis le 13 août 2021 (pièce 31) et nié le lien de causalité naturelle entre l'événement du 1er juillet 2021 et cette incapacité de travail (pièces 32, 33 et 34). Par la suite, d'après certains allégués de la décision sur opposition du 8 mars 2023 (pièce 42) et de la réponse du 16 mai suivant au recours, étant donné les indications figurant sur la feuille-accident LAA (pièce 17), aucun document médical au dossier n'attestait une incapacité totale de travail postérieure à la période courant du 13 août 2021 au 27 avril 2022, voire au 31 mai 2022. Les diagnostics rapportés à la suite de l'examen neurologique du 30 septembre 2021 dataient du mois de juin 2021. Ils étaient donc antérieurs à l'accident du 1er juillet 2021, lequel n'était d'ailleurs pas relaté dans l'anamnèse de cet examen (pièce 4). Cette dernière assertion est exacte. Le fait que

l'assurée n'a pas signalé la survenance de cet accident lors de l'examen neurologique du 30 septembre 2021, mais uniquement l'apparition en juin 2021 de différents symptômes à la suite d'une situation de surcharge et de stress au travail, n'a pas donc permis au spécialiste qui l'examinait alors de prendre en compte l'événement accidentel en question dans l'étiologie de ces plaintes. Il a toutefois été mentionné dans le rapport correspondant du 5 octobre 2021 qu'une IRM avait été effectuée à cause de quelques épisodes d'impossibilité à lever les bras ou à ouvrir les mains des deux côtés, survenus au mois de juillet (pièce 4). Il ne peut s'agir là que de l'IRM du rachis cervical réalisée le 11 août 2021, dont l'indication était bien une chute en arrière (pièce 3). Conformément

- 16 - à ses explications du 28 septembre 2022, l'assurée n'a cependant pas immédiatement fait le lien entre les troubles éprouvés et l'événement accidentel du 1er juillet 2021. Elle a tout d'abord cru à des chutes de tension. Elle voyait tourner dès qu'elle bougeait la tête. Sa main droite était engourdie. Elle avait décidé d'aller consulter lorsqu'elle n'était plus parvenue à serrer un verre pour le soulever. Au début, c'était sa caisse-maladie qui avait remboursé les frais médicaux (pièce 26). Or, cette description par l'assurée de son état de santé dès l'été 2021 se recoupe avec les éléments rapportés, et surtout mis en relation avec une chute en arrière survenue le 1er juillet 2021, par la Dresse F _____. Dans son certificat médical LAA du 19 mai 2022, celle-ci a fait état chez sa patiente de cervicalgies, de vertiges, de nausées, de sensations de malaise ainsi que de contractures para-cervico-dorso-lombaires et de l'épaule droite. Elle a retenu le diagnostic provisoire d'entorse cervicale (pièce 12). En date du 13 janvier 2023, elle a confirmé avoir constaté une entorse cervicale, des contractures para-vertébrales de même que des douleurs aux épaules et aux membres supérieurs. Contrairement à ce que l'intimée a semblé prétendre, le 4 mars 2025, au sujet du courrier du 13 janvier 2023, les troubles qui y ont été énumérés par la Dresse F _____ ne constituent pas des lésions structurelles, comme le seraient par exemple des fractures au niveau du rachis. De telles lésions n'ont effectivement pas été mises en évidence à l'imagerie ni d'ailleurs été rapportées par Dresse F _____. Dans un courriel du 5 avril 2023, la physiothérapeute de la recourante a aussi décrit un bilan initial sous forme de douleurs, de raideurs et d'un manque de mobilité au niveau du dos, de la nuque et de la tête ainsi qu'une faiblesse et un manque de mobilité du bras droit. Cette thérapeute a également relaté d'autres symptômes se manifestant lors de certains mouvements, positions ou situations de vie de l'assurée, tels que des nausées, des vertiges ou apparemment des acouphènes dans l'oreille droite. Ce sont des troubles similaires qui ont été investigués lors de la consultation neurologique du 30 septembre 2021. N'ayant pas eu connaissance du traumatisme cervical dont la patiente avait été victime trois mois plus tôt, le spécialiste qui a procédé à cet examen a considéré comme un possible syndrome myofascial les douleurs cervicales et dans la région du trapèze, avec des contractures musculaires et une sensation désagréable lors des mouvements de la tête, qui irradiaient par la face droite ou par le bras proximal, de même que les quelques épisodes d'impossibilité à lever les bras ou à ouvrir les mains des deux côtés. S'il a, certes, relevé que le status neurologique global était normal, sans déficit moteur ou sensitif, il a tout de même précisé que les réflexes musculo-tendineux étaient faibles des deux côtés. Quant aux épisodes de malaises d'étiologie indéterminée, avec sensations d'évanouissement, pâleur, sudation et nausées, il les a expliqués par de

- 17 - probables syncopes vasovagales peut-être liées à la nervosité mais probablement pas d'origine comitiale. Il a en outre mentionné l'arrêt de travail depuis le mois d'août. Les

seuls symptômes que le neurologue a été en mesure d'objectiver au cours de son examen du 30 septembre 2021, en particulier au moyen de l'ENMG qui a mis en évidence une neuropathie ulnaire démyélinisante légère par compression au niveau des coudes, sans lésion axonale, étaient les fourmillements occasionnels dans les régions médiales des mains (pièce 4). Comme souligné le 23 décembre 2022 par le Dr G _____ (pièce 31) puis par l'intimée dans son écriture du 16 mai 2023, le lien entre cette neuropathie des deux coudes, de découverte fortuite, et l'accident du 1er juillet 2021 semble tout au plus possible. Il est en revanche important de souligner que certaines affections mentionnées par la recourante, ses thérapeutes et/ou le spécialiste en neurologie, telles que les maux de tête diffus, les vertiges et les nausées, appartiennent au tableau clinique typique consécutif à une distorsion cervicale par mécanisme de « coup du lapin », au sens de la jurisprudence topique exposée plus haut. Au vu de tout ce qui précède, se révèlent fondées les critiques émises par la recourante, en date du 11 septembre 2023, sur le traitement erroné, et de surcroît contradictoire, du cas d'espèce par le Dr G _____, dans ses réponses du 23 décembre 2022 à l'assurance (pièce 31) puis, sur la base de celles-ci, par l'intimée, dans ses décisions (pièces 32 et 42) et écritures judiciaires. Compte tenu en effet de l'absence de mention, dans le rapport neurologique du 5 octobre 2021, du traumatisme cervical subi par l'assurée le 1er juillet précédent (pièce 4) et de l'existence d'une discopathie dégénérative en C5-C6 débutante, révélée par l'IRM du 11 août 2021 (pièce 3) puis confirmée par celle du 6 mai 2022 (pièce 9), l'assurance et son médecin-conseil ont abordé, à tort, la situation médicale de l'assurée sous l'angle d'une aggravation passagère, jusqu'au statu quo sine atteint le 1er novembre 2021, d'un état antérieur du rachis par l'accident du 1er juillet précédent et – ce qui ne manque pas de surprendre – uniquement au moyen de la prise en charge des frais de traitement, mais non de l'incapacité totale de travail attestée depuis le 13 août 2021 (pièces 11, 12, 17 et 26). La question à résoudre en l'occurrence consiste toutefois à déterminer les séquelles, passagères ou durables, de l'entorse cervicale dont la recourante a été victime le 1er juillet 2021 et les prestations auxquelles celle-ci a droit, en fonction des suites accidentelles à établir. A cet égard, la Cour ne peut que suivre l'argumentation pertinente de la recourante, telle que résumée plus haut, et écarter le raisonnement non convaincant de l'intimée. La brève prise de position établie le 23 décembre 2022 par le médecin-conseil de l'assurance (pièce 31) ne comporte pas de réponse à la question centrale formulée ci-dessus. Les éléments apportés par les thérapeutes de l'assurée en dates des 19 mai 2022 (pièce 12), 11 juillet

- 18 - 2022 et 13 janvier 2023 sont propres à mettre en doute la teneur de l'appréciation susmentionnée du Dr G _____, laquelle ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. L'intimée n'a donc pas établi à satisfaction de droit la disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident du 1er juillet 2021 et les troubles encore invoqués par la recourante. La question litigieuse doit être éclaircie par le biais d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPG. La preuve des faits pertinents pour l'issue du présent litige incombant à l'intimée conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, le dossier lui est renvoyé en vue de la mise en œuvre de cette mesure d'instruction, puis du prononcé d'une nouvelle décision sur le droit aux prestations. Partant, le recours est admis et la décision sur opposition de Bâloise Assurance SA du 8 mars 2023 est annulée. La cause est renvoyée à cette assurance afin que celle-ci agisse conformément à ce qui précède. Au vu de l'issue du litige, l'administration des moyens de preuves offerts dans le mémoire de recours du 6 avril 2023 se révèle inutile.

E. 3

Dans sa réplique du 19 juin 2023, la recourante a fait valoir que l'intimée était tenue de prêter aussi longtemps qu'elle n'était pas en mesure d'établir que les lésions subies et toujours présentes ne résultaient pas de l'accident. Ceci est exact, et il a été retenu plus haut que l'assurance avait échoué à apporter cette preuve. Dans sa décision sur opposition du 8 mars 2023, l'intimée n'a pas fait application de l'article 52 alinéa 4 LPGA et n'a pas retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision (pièce 42). Elle a toutefois rejeté l'opposition formée contre sa décision du

E. 5

janvier 2023 et entièrement confirmé cette décision. Or, dans ce dernier prononcé, l'effet suspensif de l'opposition a été retiré, en référence à l'article 11 alinéa 1 lettre b OPGA et donc, implicitement, en application de l'article 49 alinéa 5 LPGA. En outre, le droit aux prestations de l'assurance-accidents y a été nié dès le 1er novembre 2021 (pièce 32). Selon la jurisprudence topique, les décisions qui limitent d'emblée la durée du droit à des prestations d'assurance constituent pour une part des décisions négatives et les recours contre de telles décisions ne peuvent avoir un effet suspensif (ATF 123 V 39 consid. 3 et 117 V 185 consid. 1b). En conséquence, le recours contre la décision sur opposition du 8 mars 2023 n'a pas d'effet suspensif. Toujours en vertu de la jurisprudence en la matière, compte tenu de l'annulation de cette décision par le présent jugement et du renvoi de la cause à l'assurance pour instruction complémentaire et nouvelle décision, l'absence d'effet suspensif subsiste également pendant cette procédure administrative d'instruction, jusqu'au prononcé par l'assurance de la nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1, paru in

- 19 - SVR 2023 UV Nr. 44, et les références, notamment aux arrêts de principe parus aux ATF 129 V 370 et 106 V 18). En fonction de la teneur de cette nouvelle décision, ce n'est donc qu'à partir de la date de son prononcé, et non auparavant, que l'intimée sera éventuellement tenue de prêter à nouveau. 4. 4.1 En application de l'article 61 lettre fbis LPGA et compte tenu du fait que la LAA n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance-accidents. 4.2 Sous l'empire de l'article 61 lettre g LPGA également, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative de refus est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). A la lumière de cette jurisprudence, la recourante obtient ainsi gain de cause en l'espèce. Dans son écriture du 5 avril 2023, la recourante a d'ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. La recourante a droit à des dépens qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimée (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Dans le présent dossier de causalité peu volumineux et de complexité moyenne, le précédent mandataire de la recourante a produit un bref mémoire de recours, deux autres courtes écritures, trois courriers et trois copies. Quant au mandataire actuel de la recourante, il a adressé ceans quatre communications et deux copies. Compte tenu de la fourchette de 550 fr. à 11'000 fr. prévue par l'article 40 alinéa 1 LTar et du tarif horaire articulé au considérant 3.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_391/2007 du 26 mai 2008, la Cour fixe les dépens à un montant forfaitaire de 1800 fr., débours et TVA inclus (art. 27 al. 5 LTar), lequel englobe les dépens des mandataires successifs de la recourante. Le dispositif du

présent jugement est ainsi notifié à Me Jörn- Albert Bostelmann, pour information.

- 20 -

Prononce

1. Le recours est admis et la décision sur opposition de Bâloise Assurance SA du

E. 8

mars 2023 est annulée. 2. Le dossier est renvoyé à cette assurance afin qu'elle procède conformément au considérant 2.2 in fine. 3. Il n'est pas perçu de frais. 4. Bâloise Assurance SA versera à X _____ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens.

Sion, le 24 avril 2025

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.